N° 282.

ESSAI

SUR

LA PHLÉBECTASIE

ET SUR

UNE NOUVELLE MÉTHODE CURATIVE

DES VARICES ET DU VARICOCÈLE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1836, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR HENRI-ÉDOUARD-FR. BRIOUX, d'Angers,

Département de Maine-et-Loire;

Ex-Officier de santé, ancien Élève des hôpitaux d'Angers.

L'expérience et l'observation sont les deux bases solides de toutes nos connaissances.

BACON.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1836.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	MM.
M. ORFILA, Doyen.	
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Examinateur.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN, Suppléant.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU, Président.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BÉRARD (Auguste).	JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (Philippe).	LESUEUR, Examinateur.
BROUSSAIS (Casimir).	MENIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD.
DANYAU.	REQUIN.
DUBOIS (Frédéric), Examinateur.	ROYER-COLLARD, Suppléant.
GUÉRARD.	ROBERT.
GUILLOT.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

MONSEIGNEUR L'ÉVÊQUE DE LUÇON.

H.-É.-F. BRIOUX.

ESSAI

SUR

LA PHLÉBECTASIE

ET SUR

UNE NOUVELLE MÉTHODE CURATIVE

DES VARICES ET DU VARICOCÈLE.

Définition. La dilatation des veines est connue sous le nom de *varices*, et sous celui de *phlébectasie* qu'on lui a donné dans ces derniers temps.

Etiologie. Cette affection consiste dans une dilatation *permanente* des veines occasionée par un état morbide des tuniques qui forment leurs parois. On voit alors les veines saillir sous la peau,

se présentant le plus souvent sous l'aspect de cordons bleuâtres ou de couleur foncée, que le doigt déprime et fait rouler sans effort; leur trajet est parfois droit comme celui de la veine dans l'état normal, mais le plus souvent il est flexueux, noueux, sinueux. Ces tumeurs sont ordinairement indolentes; les efforts, la marche, la position verticale long-temps prolongée, augmentent leur volume, qui diminue et disparaît même quelquefois entièrement par la compression et la position horizontale.

Quelquefois, plusieurs veines dilatées dans la même région sont réunies et repliées plusieurs fois sur elles-mêmes; ces tumeurs ressemblent assez bien à des masses de sangsues entrelacées: ce sont les *tumeurs variqueuses.*

Quand une veine est dilatée, elle augmente en général de longueur, de manière qu'elle ne peut plus être contenue dans l'espace qu'elle occupait à son état normal. C'est ce qui explique la disposition tortueuse des veines dans les tumeurs variqueuses.

Les veines variqueuses ne le sont presque jamais dans toute leur étendue; leur dilatation est partielle. On remarque de distance en distance, sur le trajet de la veine, des bosselures arrondies, plus ou moins volumineuses, rarement colorées, dépressibles : ce sont les *renflemens variqueux.*

Une petite portion de veine se trouve parfois plus dilatée que le reste et devient une tumeur proéminente; c'est la *varice* proprement dite.

La dilatation des veines spermatiques constitue le *cirsocèle.* On donne le nom de *varicocèle* à la dilatation variqueuse de celles du scrotum. Les varices du rectum se nomment *hémorrhoïdes.* Enfin les *tumeurs érectiles* ne sont autre chose qu'une dilatation des capillaires artériels et veineux, élargis, ramifiés à l'infini, devenus sous-épidermiques, et colorant la peau en violet ou en rouge vif, suivant que la tumeur appartient spécialement à l'ordre des capillaires veineux ou à celui des capillaires artériels; mais, le plus souvent, la tumeur est formée par la dilatation de ces deux ordres de vaisseaux sanguins.

Béclard et M. *Briquet* considèrent la dilatation des veines comme le résultat de l'inflammation ; mais il n'en est pas toujours ainsi : dans les recherches récemment faites sur l'anatomie pathologique des varices, on a signalé diverses altérations morbides que l'on peut rapporter à trois ordres principaux.

1° Le premier ordre comprend les dilatations simples des veines, sans épaississement de leurs parois.

2° Le deuxième comprend les dilatations uniformes avec épaississement de leurs parois.

3° Enfin, dans le troisième, on a rangé les dilatations inégales avec épaississement ou amincissement.

La première altération est le résultat mécanique d'un obstacle au cours du sang. Évidemment, dans ce cas, la dilatation n'est pas due à l'irritation. En effet, si l'on examine le tissu des veines, on voit que son organisation n'est pas altérée ; seulement ce tissu paraît plus serré, plus sec. Si on les ouvre sur le vivant, elles se vident du sang qu'elles contiennent, les fibres qui forment leurs tuniques reviennent sur elles-mêmes par leur contractilité vitale, et le canal reprend son calibre normal. Sur le cadavre, elles ne se rétractent pas, elles s'affaissent et s'aplatissent après l'évacuation du sang.

Dans les dilatations avec épaississement, si on coupe les veines en travers, elles restent béantes, leurs parois épaissies sont solides et grisâtres ; la membrane interne est sillonnée de rides longitudinales formées par cette membrane. La membrane moyenne, qui est évidemment et exclusivement le siége de l'altération, est hypertrophiée, rouge et comme charnue, souvent grisâtre ; c'est un véritable état d'hypertrophie de cette membrane.

Enfin, dans la troisième espèce, qui paraît être due à l'inflammation chronique des veines, quand elles sont peu sinueuses ou fusiformes, les replis de la membrane interne sont plus ou moins obliques, les parois de la veine n'ont plus une épaisseur uniforme, la membrane moyenne est amincie et presque détruite dans certains points.

Quand, au contraire, elles sont sinueuses, le vaisseau est aminci

de chaque côté, et transparent. On y remarque de petits enfoncemens ou godets séparés par des lignes rentrantes, saillantes et transversales comme dans le gros intestin.

Il me semble que les altérations des deux derniers ordres seulement peuvent être regardées comme le produit de l'inflammation.

Siége. Les veines sous-cutanées sont bien plus fréquemment affectées de varices que les veines profondes. Celles où on les observe le plus souvent sont, dans l'ordre de leur fréquence :

1° Les saphènes internes et externes; 2° les veines du bassin, le plexus veineux qui entoure la vessie, l'utérus, le vagin, le rectum; 3° les veines du cordon testiculaire, du scrotum, des grandes lèvres; 4° les veines sous-cutanées de la portion sous-ombilicale de l'abdomen, le tronc de la crurale; 5° les veines superficielles du cou et des membres thoraciques; 6° les veines des lèvres, du derme chevelu, des côtés du thorax, des lombes, la veine cave inférieure.

Ces dernières dilatations sont fort rares.

Causes. Le tempérament lymphatique prédispose à une phlébectasie générale, tandis que la phlébectasie partielle s'observe particulièrement chez les individus musculeux, de haute stature, chez les gens actifs et dont la circulation est énergique. On ne la rencontre jamais chez les enfans, c'est chez les individus de trente à quarante ans qu'elle se manifeste. Les deux sexes y sont également exposés.

Toutes les professions qui obligent à des marches forcées, à une station prolongée, à travailler les jambes dans l'eau, contribuent puissamment au développement de cette maladie. Les flotteurs, les blanchisseurs, les commissionnaires en sont fréquemment atteints.

On a pendant long-temps attribué la dilatation des veines à la faiblesse de leurs parois, cela n'est vrai que pour un certain nombre de cas.

Tous les obstacles à la circulation veineuse peuvent devenir causes de varices : les grossesses répétées, les ligatures autour des membres,

les développent souvent ; mais on les voit survenir bien plus souvent dans des circonstances qui ont fait croire qu'elles étaient le produit d'une véritable inflammation. Ainsi, elles se développent fréquemment au voisinage des vieux ulcères, des masses squirrheuses ou cancéreuses, des tumeurs blanches, des tumeurs scrophuleuses. Je crois que dans ce cas ces causes agissent et comme causes mécaniques en mettant obstacle au cours du sang par la pression ou la constriction qu'elles exercent sur les veines, et comme causes inflammatoires ; l'irritation se propageant des parties affectées aux parois des veines.

On a vu les varices survenir après la cessation des règles ou leur disparition subite ; quelquefois elles ont suppléé à cet écoulement périodique en se rompant tous les mois ; dans d'autres circonstances, on a vu leur développement précéder la guérison de quelques phlegmasies.

Les causes ordinaires du cirsocèle et du varicocèle sont les compressions exercées sur les veines spermatiques par les hernies, les bandages mal appliqués, les coups, les froissemens des testicules, les secousses de l'équitation, les excès vénériens. Je citerai plus loin le cas d'un jeune homme chez lequel un varicocèle fut occasioné par la présence d'une tumeur encéphaloïde dans l'abdomen.

On a observé que le varicocèle était bien plus fréquent à gauche qu'à droite. On a cherché à expliquer cette singularité par le passage des veines sous l'S iliaque du colon, et comprimées par cet intestin, dont le poids est fréquemment augmenté par la présence des matières fécales chez les personnes constipées ; mais cette explication ne me paraît pas concluante, car il en est de même à droite pour le cœcum. Il faut donc avouer que la cause locale de la plus grande fréquence du varicocèle à gauche qu'à droite est ignorée.

Marche et symptômes. La dilatation est, en général, bornée aux veines superficielles ; quelquefois les varices occupent non-seulement les troncs, mais encore les ramifications cutanées les plus ténues des veines ; dans d'autres circonstances, elles se bornent au tronc.

La marche de cette affection est lente ; dans le principe, les veines sont seulement gonflées, uniformement remplies, et on y remarque des nodosités correspondantes aux replis valvulaires. Les vaisseaux sont tendus, les parties voisines plus chaudes, et la circulation semble activée.

Le repos fait disparaître ces symptômes que la marche reproduit. Ces distensions se renouvelant souvent, les veines perdent de leur contractilité élastique, elles s'élargissent peu à peu, deviennent flexueuses, puis sinueuses; les sinuosités se rapprochent, et les veines, d'abord peu mobiles, deviennent roulantes sous la peau.

Parvenue à un certain degré, la phlébectasie s'accompagne souvent, après une marche forcée, lorsqu'elle existe aux jambes ou aux cuisses, d'un sentiment de tension douloureuse dans les veines dilatées; et quand elle est très-considérable, elle détermine de l'engourdissement dans les membres qu'elle occupe, parfois de l'œdème, et même l'impossibilité de marcher.

Enfin, dans le plus haut degré, le tissu cellulaire ambiant s'endurcit, forme des sillons profonds, des saillies inégales en forme de chapelets; les jambes enflent le soir, sont tendues, chaudes et douloureuses ; chez les individus qui fatiguent beaucoup, la peau devient dure, le tissu cellulaire lardacé, le membre froid, dur, pâteux et pesant.

On pourrait, dans certains cas, confondre la dilatation variqueuse des veines spermatiques ou de la veine fémorale, immédiatement au-dessous du ligament de *Poupart*, avec une hernie fémorale. On évitera cette méprise en faisant placer le malade dans une position horizontale et en vidant la tumeur par la pression sur le scrotum. Puis, appuyant fortement les doigts sur l'anneau abdominal, on fait lever le malade : si la tumeur est une hernie, elle ne reparaîtra pas tant que continuera la pression sur l'anneau ; et si c'est un cirsocèle, la tumeur non-seulement reviendra, mais son volume sera encore augmenté par l'obstacle que la compression apporte au retour du sang dans l'abdomen.

Les accidens les plus fréquens de la phlébectasie sont : la phlébite, la perforation des veines variqueuses, leur rupture et la formation d'ulcères opiniâtres, l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire, et quelquefois la gangrène. La dilatation des veines spermatiques et de celles du scrotum expose à l'inflammation de ces organes et des parties environnantes, à leur atrophie, et à la disparition complète du testicule. *Pott* regarde cet accident comme fréquent, il en cite trois exemples. *Delpech* aussi l'a signalé, et M. *Breschet* a rapporté le cas d'un médecin allemand qui a succombé à la suite du développement d'un énorme varicocèle.

Les tumeurs érectiles peuvent aussi s'ulcérer, suppurer, devenir fongueuses, et entraîner la perte des malades, soit par les ravages de l'inflammation, soit par l'hémorrhagie.

Il est peu de maladies que l'on rencontre aussi fréquemment que les varices : dans les hôpitaux de Paris, les variqueux forment un tiers des malades reçus en chirurgie. On a prétendu qu'au dehors on rencontrait soixante et onze variqueux sur deux-cent-cinquante-huit individus.

La fréquence de cette affection, les dangers auxquels elle expose, dangers que je ne prétends pas exagérer, mais qui sont graves, quoi qu'on ait pu dire et écrire sur l'innocuité des varices, ont attiré vers ce point de la science l'attention des chirurgiens, et, depuis quelques années, des tentatives aussi heureuses que louables ont été répétées en Angleterre, en Allemagne, et surtout en France.

Les principaux moyens employés jusque-là dans le traitement de la phlébectasie étaient : la cautérisation, l'excision, la ligature, l'incision et la compression. Mais tous, hormis le dernier, étaient dangereux ou insuffisans : en effet, la ligature nécessite l'exposition à l'air d'une étendue plus ou moins considérable de la veine ; c'est surtout à cette cause que l'on doit attribuer les accidens fâcheux qui accompagnent cette opération. Ces accidens sont le phlegmon, l'inflammation de la plaie et du tissu cellulaire, la formation de suppurations vastes et profondes, la chute prématurée de la ligature, des hémor-

rhagies parfois mortelles, enfin cesphlébites générales qui conduisent rapidement le malade au tombeau.

Tous ces dangers sont également à redouter dans l'excision et l'incision; les douleurs sont plus vives encore et les accidens plus prompts. En parlant de l'action de l'air atmosphérique sur le tissu des veines qui restent béantes après leur section, M. *Lisfranc* dit avoir souvent remarqué qu'à l'instant même de la section l'air se précipitait dans la cavité du conduit veineux, et qu'à cette irruption succédait une phlébite atroce qui, devenant générale, détruisait le malade en vingt-quatre heures.

La cautérisation est abandonnée comme insuffisante.

On avait renoncé depuis long-temps à tous ces moyens sanglans, toujours douloureux, souvent inefficaces; et malgré les observations de *Béclard* et les efforts de M. *Richerand* pour faire revivre l'incision en long des veines variqueuses, on s'en tenait au traitement palliatif, qui lui-même offre quelques inconvéniens. On se sert dans ce traitement d'un bandage roulé et d'un bas lacé. Il est difficile qu'une bande reste long-temps et parfaitement appliquée.

La confection régulière d'un bas lacé qui s'adapte parfaitement n'est pas moins difficile. Ce bas est inextensible, et ne peut se prêter aux divers mouvemens du membre, qui change de forme et de volume à chacun de ses mouvemens; au bout de quelque temps, ce bas devient dur, et il cause souvent le déchirement de la peau, et détermine la formation d'un ulcère par le frottement qu'il exerce sur les parties.

L'insuffisance de ces méthodes fit songer à d'autres moyens. Instruits de ce qui se passe dans les cas de ligature de l'artère principale d'un membre et de la formation d'une circulation collatérale, les chirurgiens furent conduits par l'analogie à penser qu'il pouvait en être ainsi pour les veines, les varices n'étant que des anévrysmes veineux, et que si l'on parvenait à obtenir l'oblitération des vaisseaux dilatés le problème de la cure radicale des varices était résolu, et l'on fonda

l'avenir de cette méthode sur la formation d'une circulation veineuse collatérale.

Avant d'exposer comment se forme cette circulation collatérale, je dois dire quelques mots de l'oblitération des veines; et d'abord, qu'est-ce que l'oblitération?

De l'oblitération des veines. L'oblitération d'une veine est sa transformation en un cordon blanc, solide, comme ligamenteux.

Elle est toujours consécutive :

1° A un épaississement des parois de la veine;

2° A une adhérence primitive des parois opposées de la membrane interne.

L'oblitération consécutive à un épaississement des parois veineuses succède toujours à une compression ou à une restriction exercées sur le tube de la veine.

La ligature et la compression ne déchirent pas ses membranes, elles leur impriment seulement une ligne de dépression visible et les plissent longitudinalement de chaque côté. Le sang s'accumule au-dessus et au-dessous du point comprimé, il y stagne, se transforme en un caillot qui se résorbe à mesure que la cavité de la veine diminue par l'épaississement des parois, et la résorption de ce caillot n'est complète que lorsque la veine est entièrement oblitérée. La gaîne celluleuse commence à s'épaissir par un épanchement de lymphe coagulable qui s'étend progressivement. Peu à peu cet épaississement blanc se propage avec de légères traces de rougeur et d'infiltration sanguine. La membrane interne, repoussée, se contracte, se ride et reste blanche sans rien produire par sa surface interne; le caillot sanguin se trouve en même temps refoulé et résorbé; le diamètre du tube diminue et se resserre peu à peu jusqu'à ce qu'il se trouve complètement fermé, ce qui arrive du douzième au vingtième, vingt-cinquième et trentième jour.

Ce genre d'oblitération a été signalé par *Travers* et désigné par lui sous le nom d'*oblitération interstitielle.*

Tels sont les phénomènes produits par la compression : ils ne sont nullement inflammatoires. Il arrive pour ces veines ce que l'on remarque aux veines ombilicales après la naissance ; elles s'oblitèrent parce que le sang cesse de couler dans leur conduit. A-t-on jamais prétendu que dans ce cas il y eût inflammation indispensable? N'est-ce pas encore ainsi que les choses se passent dans la guérison spontanée des varices, par le dépôt d'un coagulum qui oblitère les veines, et chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans et qui présentent souvent de nombreux cordons tendineux, traces évidentes de l'oblitération de quelques veines dans lesquelles la compression opérée par l'utérus pendant la grossesse avait interrompu le retour du sang vers le centre circulatoire?

Dans le second cas, l'oblitération a lieu par l'adhérence des parois opposées de la membrane interne, et cette adhérence est le résultat de l'inflammation ; telle est l'opinion de *Bichat*, de *Hunter* et de *Dupuytren*. Il arrive, dans ce cas, ce que l'on a fréquemment l'occasion d'observer à la suite de certaines inflammations : à l'ouverture des cadavres d'individus qui ont succombé à ces inflammations, on rencontre dans les cavités splanchniques de nombreuses adhérences morbides : la plèvre adhère au poumon, les méninges entre elles, les organes de l'abdomen au diaphragme ou bien s'unissent entre eux.

Dans les cas d'oblitération des veines par inflammation, leurs membranes s'enflamment, se tuméfient, se rapprochent et finissent par se réunir et adhérer ensemble. Comme dans l'oblitération interstitielle, un caillot se forme au-dessus et au-dessous du point enflammé, il y stagne, s'oppose au cours du sang, et l'oblitération se fait encore dans ce cas, parce que l'inflammation vient apporter un obstacle mécanique à la circulation. Je n'ai jamais eu occasion d'éclaircir ce fait par l'anatomie pathologique, mais tout porte à croire que les choses se passent ainsi. Je pense, malgré l'opinion contraire émise par M. *Davat*, qu'on peut oblitérer les veines sans déchirer leur membrane interne. Voici ce que j'ai remarqué dans les cas où l'on a cherché à oblitérer les veines en les irritant. Il se développe autour des piqûres de la rou-

geur, un cercle inflammatoire d'une étendue variable, tendu, rénitent, douloureux; si on le touche, on le trouve dur et résistant; au bout de quelques jours, la douleur disparaît, la rougeur diminue, mais la tuméfaction persiste et ne cesse que lorsque l'oblitération est entière.

De la circulation après l'oblitération des veines. Observe-t-on un dérangement, un trouble dans la circulation, à la suite de l'oblitération d'une veine? Nullement; la circulation continue par les veines collatérales et par les veines profondes.

L'anatomie pathologique des varices prouve que le système des veines collatérales s'est dilaté à mesure que la veine variqueuse a pris du développement; ces veines peuvent donc, par l'agrandissement du calibre de leurs conduits, remplacer le canal oblitéré, et ce qui se passe lors de l'oblitération d'une artère s'observe dans celle d'une veine. Aussi, ne remarque-t-on le plus souvent aucun changement dans la forme et l'habitude d'un organe dans les cas dont il s'agit, et, s'il survient des accidens, ils sont bornés et de peu de durée.

Que se passe-t-il donc lorsqu'on oblitère une veine, la saphène, par exemple? Le sang de la portion du membre placée au-dessous de la ligature, arrivé au point comprimé, est forcé de s'y arrêter. Les colonnes de liquides, arrivant successivement, sont donc refoulées, et, trouvant un débouché dans les veines confluentes, elles y refluent; poussées par les colonnes inférieures, dont la force impulsive vient s'ajouter à la leur, elles font effort contre les parois de ces veines, les dilatent, se fraient ainsi une voie plus large, et marchent vers le cœur, soit par les veines profondes avec lesquelles elles communiquent, soit en regagnant par les anastomoses le tronc principal, oblitéré seulement dans une étendue limitée de sa longueur.

On sait qu'aux nombreuses radicules artérielles succèdent des radicules veineuses non moins nombreuses: les premières naissent en général d'un tronc commun, tandis que les secondes vont en former plusieurs, au point que l'on peut interrompre la circulation dans un

de ces troncs, sans que, pour cela, le sang soit obligé de se détourner pour gagner le cœur. C'est par cette continuité de communications directes que se fait la circulation : ces communications existent de tout temps, et se sont considérablement augmentées sous l'effort du sang.

Il suffit souvent de quelques heures pour que cette circulation soit établie ; et c'est cette promptitude qui avait fait croire à quelques auteurs que les lymphatiques suppléaient à l'action des veines. On conçoit très-bien l'établissement d'une prompte circulation collatérale, sans avoir besoin du secours des vaisseaux lymphatiques.

Il arrive quelquefois que, malgré l'oblitération d'un tronc veineux, les varices persistent ; cela tient à deux causes :

1° A ce qu'il existe une veine anastomotique sans valvule, communiquant avec les veines profondes et avec le tronc que l'on veut oblitérer. Si cette veine rapporte le sang des extrémités, la circulation sera possible dans toute la portion inférieure de la veine.

2° A ce qu'une veine auxiliaire ou de transport partira du tronc principal et rendra ainsi la circulation possible.

Voilà, suivant quelques auteurs, les causes de la persistance des varices. Pour faire cesser la maladie, il suffira d'oblitérer la veine de transport ou l'anastomose.

Du traitement curatif de la phlébectasie. Il est aujourd'hui bien avéré que c'est par l'oblitération seule des veines qu'on obtient la guérison des varices ; et, pour arriver à ce résultat, deux méthodes se présentent, toutes deux comptant un grand nombre de partisans, et peut-être un nombre égal de succès. Ce sont :

1° La méthode par compression ;

2° La méthode par irritation.

Je vais faire rapidement l'historique de ces deux méthodes.

En 1830, M. le professeur *Velpeau* écrivait : « Il suffit de maintenir un corps étranger quelconque dans un vaisseau pour en obtenir l'oblitération. » Cette idée, l'acupuncture imaginée par ce

professeur pour oblitérer les artères, et le séton, déjà indiqué par le docteur *Jameson* en 1826, firent éclore plusieurs méthodes que j'examinerai bientôt, en rétablissant l'exactitude des faits, et surtout l'ordre de priorité dans l'emploi des divers moyens proposés ; à chacun ses œuvres, *suum cuique*...

En 1832, M. *Velpeau* (Traité de médecine opératoire, t. I, p. 87) proposa la méthode suivante : Passer au-dessous du vaisseau qu'on veut oblitérer une simple épingle, dont les deux extrémités sont ensuite embrassées par une anse de fil, comme dans la suture entortillée, et qu'on serre assez pour empêcher le sang de passer.

En 1833, M. *Davat*, dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, proposa de traverser deux fois, de part en part, avec deux aiguilles, chaque veine variqueuse, en y comprenant la peau.

Ces deux méthodes étaient connues et employées en France depuis cette époque, lorsqu'en 1834, M. *Fricke*, professeur à Hambourg, proposa, dans la Gazette médicale de Berlin, d'obtenir l'oblitération des veines en passant au travers une aiguille armée d'un fil assez long pour le pouvoir nouer sur la peau.

C'était la méthode de M. *Davat*, modifiée avec un léger emprunt fait à celle de M. *Velpeau*.

En 1835, M. *Franc*, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, revendiqua pour lui-même l'honneur de la découverte de cette méthode, sauf quelques modifications. Il annonça que son procédé consistait seulement à aplatir le vaisseau entre une aiguille à acupuncture et un point de suture entortillée. (Journal des connaissances médic.-chirurg., n° de juillet 1835, page 19.) C'est mot à mot le procédé décrit trois ans plus tôt par M. *Velpeau*.

M. *Breschet* emploie la compression, qu'il exerce sur les veines dilatées au moyen d'une pince à deux branches que je décrirai plus loin. C'est avec cette pince qu'il saisit les veines variqueuses, les comprime pendant quelque temps, et parvient à les oblitérer. C'est surtout à

3

la cure du varicocèle et du cirsocèle que ce chirurgien a appliqué cette méthode.

Celle de M. le professeur *Sanson* est la même, seulement la pince dont il se sert est différente de celle de M. *Breschet*.

Enfin, M. *Velpeau*, ayant rencontré quelques circonstances dans lesquelles le procédé de la compression entre une aiguille à acupuncture et un fil était impraticable, leur appliqua la méthode du séton. Aussi simple que facile, ce moyen consiste à traverser avec un fil non ciré les veines variqueuses, d'y laisser le fil pendant deux, quatre ou six jours, et de le faire promener pendant ce temps dans la petite plaie, comme on fait de la mèche d'un séton. On place ainsi sur le trajet d'une veine variqueuse deux ou un plus grand nombre de fils, suivant la longueur de cette veine.

J'arrive à l'exposition détaillée des divers procédés que je viens d'indiquer et à leur appréciation.

1° *Du traitement par la compression.*

A cette méthode appartiennent les procédés de MM. *Breschet* et *Sanson*. La pince dont se sert M. *Breschet* est longue de quatre pouces environ, et les mors, longs de plus de deux pouces, se croisent entre eux comme dans la pince dont se servait *Dupuytren* dans le traitement de l'anus contre-nature. Les deux branches sont articulées au moyen d'une petite vis qui par son mécanisme maintient constamment le parallélisme des mors de l'instrument. Une spirale, placée à l'extrémité opposée des mors, en opère le rapprochement ou l'écartement. (Voir la figure 1re de la planche.)

A l'aide de cette pince, M. *Breschet* ne se borne pas à comprimer les veines, il les coupe en déterminant à la peau une escharre gangréneuse, circonstance qu'il regarde comme favorable.

Cette méthode offre de graves inconvéniens. L'application des pinces est loin d'être toujours facile, et l'auteur en convient lui-même quand il dit, en parlant de la compression des veines du cordon chez

le premier malade dont il rapporte l'observation : « Ici s'offraient beaucoup de difficultés dans l'emploi du même moyen ; quoique les veines du cordon fussent volumineuses, elles étaient bien plus difficiles à embrasser par les instrumens, comprimant à travers une peau épaisse et chargée de graisse. Il fallait éviter de saisir, au milieu des veines, le conduit déférent. Le petit volume des artères et des veines ne permettait pas de songer à les isoler et à les mettre de côté. Les accidens à craindre étaient une vive douleur, le développement d'une inflammation violente, la formation d'une escharre profonde et la dénudation du cordon. »

En effet, la compression par ces pinces détermine toujours de vives douleurs, produit l'inflammation et la gangrène de la peau; et si ces accidens n'entraînent pas les malades dans de graves dangers, ils rendent dans tous les cas la cure du cirsocèle et du varicocèle longue, pénible et douloureuse. Un des malades de M. *Breschet* a été six mois en traitement.

Ce professeur prétend que par ce procédé on évite plus sûrement l'inflammation de la veine. Il admet une grande différence entre oblitérer une veine lentement ou brusquement, comme cela a lieu par le moyen d'une ligature. Il en est, dit-il, de cette opération comme de la méthode de *Dupuytren* pour la guérison de l'anus contre-nature.

On pourrait objecter à M. *Breschet* que son procédé n'est pas aussi exempt qu'il le dit d'accidens inflammatoires ; le développement d'une escharre gangréneuse le prouve assez. Ce praticien signale une violente inflammation comme un des accidens les plus redoutables de cette opération. Comment, d'ailleurs, admettre qu'il n'y a pas d'inconvéniens à oblitérer par gangrène? Est-on toujours sûr de borner les ravages de cette affection? Ne pourrait-elle pas, dans certains cas, gagner les veines et y déterminer une phlébite? Est-il prudent d'en agir ainsi?

Le procédé de M. *Sanson* offre tous les inconvéniens de celui de M. *Breschet*. La pince dont il se sert consiste en deux plaques métalliques ovalaires garnies de peaux. De chacune de ces plaques partent

à angle droit deux tiges d'acier de trois à quatre lignes de largeur, qui, après un trajet horizontal de quelques lignes, se courbent de nouveau à angle droit pour se porter directement en haut. Elles ont à peu près quinze lignes de hauteur; au milieu de l'une de ces branches verticales se trouve soudée une tige métallique qui se porte transversalement dans une ouverture pratiquée sur l'autre branche, et à travers laquelle elle glisse facilement. Deux vis de rappel, placées, l'une à six lignes au-dessus, l'autre à six lignes au-dessous de la tige transversale, et qui tournent en sens opposés, servent à rapprocher les deux plaques destinées à serrer la veine. (Voir la figure 2ᵉ de la planche.)

L'action de cette pince est la même que celle que j'ai décrite plus haut.

A la méthode par compression appartient encore le procédé de M. *Velpeau*, qui consiste à aplatir la veine entre une aiguille à acupuncture et un point de suture entortillée.

Pour le traitement du varicocèle et du cirsocèle, on place deux aiguilles à un pouce et demi ou deux pouces au-dessous l'une de l'autre, puis on embrasse les deux extrémités par un fil que l'on dispose en 8 de chiffre, comme dans la suture de *Bertrandi*. On saisit le testicule de la main gauche, on isole les veines du canal déférent en les rapprochant de la peau, et on place de la main droite une aiguille près du testicule, puis une autre plus haut; après quoi on fait les sutures. (Voir la figure 5ᵉ de la planche.)

Il faut prendre garde de comprendre dans la ligature la tunique vaginale, l'artère et le canal déférent; cela pourrait amener des inflammations, des abcès, et entraîner l'atrophie de l'organe. On évitera ces accidens avec un peu d'attention, et en se rappelant que chez les jeunes gens cette tunique remonte très-haut, que le canal déférent est à la partie postérieure du testicule et les veines à sa partie antérieure.

Il pourrait arriver des accidens plus graves encore si on prenait une hernie inguinale pour un varicocèle. On reconnaîtra facilement la hernie à sa forme arrondie, à sa réductibilité et à la disparition de la tu-

meur, lorsqu'on fait rentrer dans la cavité abdominale les organes qui la forment, et aux autres signes que j'ai indiqués à l'article des symptômes.

Ce procédé peut, comme les précédens, développer des accidens inflammatoires, déterminer la phlébite, produire l'ulcération de la peau, ulcération que j'ai toujours vue légère et bornée; mais tous ces accidens sont fort rares, et les procédés déjà décrits les présentent à un plus haut degré; mais il a sur eux l'avantage d'être plus simple, d'une application plus facile, plus générale et moins gênante pour les malades. Appliqué à plus de soixante malades, aucun accident grave n'est survenu. Ces avantages sont surtout incontestables lorsque les varices ont leur siége aux membres inférieurs et qu'elles y sont multipliées. On peut alors placer simultanément cinq ou six de ces ligatures sur toute la longueur du membre abdominal : on n'en peut faire autant avec la pince de MM. *Breschet* et *Sanson*.

Par le procédé de M. *Velpeau*, la douleur est presque nulle; il n'en est pas ainsi par la méthode des pinces. Dans l'un, il ne faut pas d'instrumens, une aiguille, une épingle ordinaire suffisent; dans l'autre, des instrumens sont nécessaires. Je crois que dans la très-grande majorité des cas on doit préférer le procédé de compression par les aiguilles, parce qu'il est simple, d'une facile exécution, qu'il n'expose les malades ni à des douleurs considérables, ni à aucun danger, et qu'enfin les faits observés jusqu'à ce jour ont prouvé qu'il était toujours couronné de succès.

2°. *Méthode ou traitement par irritation.*

A cette méthode je rattache le procédé de M. *Davat* et celui de M. le professeur *Velpeau*.

Procédé de M. Davat, *ou des aiguilles.*

Il consiste à passer une aiguille sous la veine, puis une seconde,

avec laquelle on perce perpendiculairement la peau, puis la paroi antérieure, puis la paroi postérieure de la veine. On incline et on ramène un peu plus haut la pointe de l'aiguille, de manière à percer la paroi postérieure et la paroi antérieure de la même veine, enfin la peau ; puis on abandonne les aiguilles ainsi en croix, et on les assujettit par un fil.

Procédé de M. VELPEAU, *ou du séton proprement dit.*

Il consiste à passer dans une veine dilatée une aiguille ordinaire armée d'un fil simple non ciré. On traverse la veine de part en part ; le fil est coupé à quatre ou cinq pouces des piqûres, et les deux bouts sont réunis par un nœud.

La sortie de quelques gouttes de sang noir annonce le passage du fil dans la veine. Le lendemain et les jours suivans, on fait aller et venir les fils dans la plaie, que l'on irrite ainsi pour déterminer l'épaississement des parois de la veine, leur adhésion et leur oblitération. On retire les fils du quatrième au septième ou huitième jour.

On peut placer plusieurs de ces fils-sétons sur le trajet d'une veine variqueuse. On peut piquer les renflemens variqueux eux-mêmes, ou bien la portion de veine moins dilatée placée au-dessus. Je crois même que dans ce cas l'oblitération est plus facile et plus prompte ; les parois de la veine ayant conservé plus d'élasticité, étant plus rapprochées, s'enflamment et se réunissent plus vite sous l'influence du stimulus exercé par la présence du corps étranger. Il est inutile d'ajouter que ces fils doivent toujours être placés au-dessus des points dilatés.

Ce procédé est préférable à celui de M. *Davat*, quoique ce dernier paraisse peut-être plus prompt ; mais il est plus compliqué, son application est moins facile ; deux aiguilles sont inutiles, une suffirait. Il irrite davantage les veines, détermine plus sûrement la phlébite : on a vu la mort survenir après son application. Sur plus de soixante malades opérés par la méthode de M. *Velpeau*, deux seulement éprou-

vèrent quelques accidens inflammatoires, qui cédèrent promptement à l'emploi des antiphlogistiques.

On peut avec avantage employer ces deux procédés, surtout celui de M. *Velpeau*, dans le traitement des varices des membres inférieurs, parce que, si la phlébite se déclarait et menaçait d'envahir le système veineux, on pourrait borner ses ravages par l'emploi de la compression; mais cette ressource manquerait au chirurgien s'il avait traité par ce moyen les varices du scrotum ou des veines spermatiques: leur voisinage d'organes importans pourrait entraîner de graves désordres par l'extension de l'inflammation. Je crois donc qu'il ne faut pas opérer le cirsocèle et le varicocèle par cette méthode. Mais il est une espèce de varices dans laquelle son emploi peut être fort avantageux, je veux parler des *tumeurs érectiles*.

On a désigné par les noms de *tumeurs érectiles*, d'*anévrysmes par anastomoses*, d'*anévrysmes variqueux*, de *nævi materni*, des tumeurs rouges, parfois livides, étendues en nappes, molles, se développant à la surface du corps, formées par la dilatation du système capillaire, avec dégénérescence des tissus, et ayant alors quelque analogie avec le tissu caverneux du pénis.

Les unes ont leur siége à la couche superficielle du derme, sont larges, dures; elles deviennent rarement fongueuses. Ce sont surtout les *nævi materni*.

Les autres sont plus allongées, plus molles, et occupent la couche profonde du derme. On entend parfois dans ces tumeurs un bruit de sifflement comme dans les anévrysmes artériels.

On ignore la cause du développement de ces tumeurs. Elles apparaissent de bonne heure; quelques enfans les apportent, en naissant, à l'état de taches. Tant qu'elles restent ainsi, on n'a pas à s'en occuper; mais le plus souvent elles augmentent, grossissent, et lorsqu'elles ont commencé à se développer elles ne s'arrêtent plus. Elles peuvent s'ulcérer, suppurer: alors les vaisseaux s'oblitèrent, et la tumeur guérit; c'est le cas le plus rare. Le plus souvent, après avoir gagné en largeur, elles s'ulcèrent, deviennent fongueuses, et produisent des hé-

morrhagies qui se renouvellent souvent, finissent par épuiser les malades et entraîner leur perte.

C'est une maladie fréquente, et assez grave pour qu'on l'ait confondue avec le cancer, le *fongus hematodes.*

On a tour à tour conseillé contre les tumeurs érectiles les résolutifs, la compression, la ligature, l'extirpation, les aiguilles, la ligature des artères qui s'y rendent, les sétons, les caustiques.

Les *résolutifs* sont toujours impuissans; la *compression*, si elle est praticable, réussit, mais le traitement est long. M. le professeur *Roux* l'a employée avec succès pour un de ses enfans. M. *Velpeau* nous citait dans ses cours le fait d'une femme dont l'enfant portait une de ces taches à la lèvre supérieure : pendant dix mois, cette mère eut l'admirable patience de comprimer constamment la tumeur avec ses doigts, et l'enfant guérit. C'est plutôt un trait de dévouement maternel à citer qu'un fait concluant à compter en faveur du moyen employé.

L'*extirpation* est douloureuse et dangereuse. Elle n'est praticable que si la tumeur est pédiculée. On doit redouter une abondante hémorrhagie; les vaisseaux dilatés donnent opiniâtrement. M. *Roux* a lié dix-sept artères pour une tumeur de ce genre, placée à la hanche; *Wardrop* de Londres a vu mourir un enfant pendant l'opération. Souvent, ensuite, ces tumeurs reparaissent, et repullulent comme le cancer.

Les *ligatures des artères* qui se rendent aux tumeurs réussissent quelquefois; MM. *Travers* et *Dalrymple* en citent chacun un exemple. M. *Velpeau* l'a tentée deux fois inutilement.

Quelques-unes de ces tumeurs étant cutanées, ont été guéries par la *vaccination.*

On a proposé d'y enfoncer une aiguille à cataracte, et de broyer la tumeur en faisant tourner l'aiguille en tous sens, et en cherchant à déchirer les vaisseaux. On doit craindre l'hémorrhagie.

On a employé avec succès les *caustiques* (la potasse caustique). Ce moyen ne peut être avantageux que lorsque la tumeur occupe la

couche superficielle du derme. M. *Velpeau* a guéri deux enfans par cette méthode dans le courant de l'année dernière.

M. *Lallemand* les couvre d'épingles. Il cite deux cas de guérison. Cette méthode, qui n'est autre que l'acupuncture proposée par M. *Velpeau* en 1830, n'a produit jusqu'ici que des guérisons incomplètes à MM. *Velpeau*, *Roux*, *Monod*, *Sanson*.

La méthode des fils-sétons est, de toutes, la plus simple et la plus exempte de dangers. Elle peut être employée dans les tumeurs de l'un et l'autre genre. Elle n'expose pas aux dangers d'une hémorrhagie, et est peu douloureuse.

On traverse la tumeur avec plusieurs fils que l'on noue par-dessus sans les serrer; on en place six, huit, dix ou un plus grand nombre, suivant le volume de la tumeur; on les laisse en place de sept à quinze ou vingt jours, en ayant soin de les promener chaque jour plusieurs fois dans la tumeur. Le séjour de ces fils y détermine de la rougeur, du gonflement; une légère suppuration s'établit. Au bout de quelques jours la rougeur diminue, mais la tuméfaction persiste, la tumeur est dure. Enfin, après un certain temps, les vaisseaux s'oblitèrent, le sang se résorbe, la tumeur diminue et finit par disparaître.

Cependant, je dois à la vérité de dire que les tentatives faites par cette méthode n'ont pas encore obtenu tout le succès désirable. Dans un cas observé à l'hôpital de la Charité, sa cure fut incomplète, en ce sens qu'il resta un noyau fort dur à la place de la tumeur. Dans un autre cas de tumeur située à la joue d'un adulte, le succès paraissait plus complet; il quitta l'hôpital avec une induration du tissu qui avait été le siége de la tumeur : la maladie était changée; mais on a toujours à redouter une récidive. De nouvelles tentatives doivent être faites avant qu'on puisse prononcer sur l'utilité de ce moyen : je n'ai voulu que l'indiquer. Chez une jeune personne que M. *Velpeau* traite en ville, la tumeur n'est encore que médiocrement affaissée après deux applications de fils. Sur une autre demoiselle, observée par ce praticien et par M. *Sanson*, la guérison est encore fort incomplète après deux applications semblables. Mais, chez un enfant qu'il a vu

avec M. *Monod*, une tumeur érectile énorme de la joue, traitée de cette façon, a presque entièrement disparu.

Maintenant que j'ai exposé les diverses méthodes de traitement de la phlébectasie, une dernière question se présente, celle-ci : Faut-il opérer dans tous les cas de varices? La solution de cette question est importante et difficile : pour les varices des membres inférieurs, surtout si elles sont accompagnées d'ulcères anciens et rebelles, je crois l'opération indiquée dans presque tous les cas, et les circonstances qui la contre-indiquent sont rares et exceptionnelles. Un des avantages de l'opération est la cure des ulcères, dont la cicatrisation s'opère avec une promptitude surprenante.

S'il n'y a pas d'ulcères, l'opération est moins pressante; mais elle est souvent utile et même nécessaire pour prévenir la rupture des veines et les accidens qui en résultent; j'en dirai autant des tumeurs érectiles. C'est dans ces cas qu'il ne faut pas perdre de vue ce précepte, surtout applicable à la chirurgie, de ne jamais mettre par une opération une maladie à la place d'une incommodité.

Enfin, doit-on toujours opérer le varicocèle et le cirsocèle? L'opération étant sans danger pour les malades, je crois que l'on peut opérer, dans la très-grande majorité des cas où les malades réclament les soins du chirurgien, si des circonstances individuelles, et dont la détermination est laissée à sa prudence et à sa sagacité, ne viennent pas modifier ce précepte.

Je résume cet essai par les considérations suivantes :

1° La méthode du traitement des varices par l'oblitération des veines est la seule que l'on doive rationnellement admettre.

2° Elle est d'une application facile et peu dangereuse.

3° Les succès obtenus par cette méthode sont, en raison du nombre des tentatives opérées, assez nombreux pour qu'on puisse affirmer, dès à présent, que ses bons effets sont constans, et les guérisons obtenues sûres et sans récidives.

MM. *Fricke* et *Grossheim*, en Allemagne, MM. les professeurs *Breschet*, *Sanson*, *Gerdy* et *Velpeau*, MM. *Davat* et *Franc*, en France,

ont obtenu par cette méthode un grand nombre de guérisons. Parmi celles dont j'ai été témoin, je citerai les suivantes, recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. *Velpeau.*

Ire OBSERVATION.

Varicocèle du côté gauche.

Au n° 12 de la salle de la Vierge est couché le nommé Nicolas Duty, âgé de quinze ans, garçon de salle.

Cet individu est porteur d'un varicocèle du côté gauche dont il fait remonter l'origine à huit mois. La tumeur lui occasione de la gêne quand il marche ou quand il travaille.

Le 29 juillet 1835, on place deux épingles sur le trajet de la tumeur.

Les jours suivans, il y eut un peu de douleur et de gonflement, un léger mouvement fébrile.

Le 2 août, on retira les épingles : le testicule était un peu dur, rénitent, plus rouge qu'à l'état normal; une suppuration assez abondante s'établit, le pus coule par les petites plaies des épingles. On fait des lotions avec l'eau de guimauve sur le scrotum; cet état dure jusqu'au 16. Dès-lors la suppuration diminue peu à peu, le testicule cesse d'être douloureux, son volume est moindre; et le 28, c'est-à-dire un mois après l'opération, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

IIe OBSERVATION.

Varicocèle du côté gauche.

Au n° 2 de la salle de la Vierge est placé le nommé Charles Bourgoin, âgé de vingt-trois ans, domestique.

Dès l'âge de douze ans, cet homme s'était aperçu du développement d'une tumeur au scrotum gauche; pendant long-temps il ne ressentit aucune douleur : enfin, quelques mois avant son entrée à

l'hospice, il en éprouva de très-vives, ce qui l'engagea à réclamer des secours.

Le bon état des organes contenus dans la cavité abdominale ayant été constaté, cet homme fut opéré le 20 juillet.

Dans les jours qui suivirent l'opération, de fréquentes érections forcèrent de recourir à quelques saignées et aux lavemens camphrés.

Le 25, on ôta les épingles : la suppuration s'établit, fut peu abondante; du reste, tout se passa de même que chez le malade précédent, et celui-ci sortit de l'hôpital le 22 août, trente-deux jours après l'opération.

IIIe OBSERVATION.

Varicocèle du côté gauche.

Au n° 14 de la salle de la Vierge est couché le nommé Pelé, âgé de vingt-un ans, domestique, portant du côté gauche un énorme varicocèle.

Il est opéré le 8 décembre, au moyen des épingles et de la suture. Après l'opération, il survint des douleurs dans l'aîne, la région lombaire, le scrotum : ces douleurs cédèrent à l'emploi des cataplasmes. Aucun autre accident ne se manifesta, et le malade sortit guéri dans les premiers jours de janvier 1836.

IVe OBSERVATION.

Varicocèle du côté gauche. Guérison. — Tumeur encéphaloïde. Mort. — Autopsie.

Au n° 4 de la salle de la Vierge se trouve le nommé Louis Lefèvre, âgé de trente-neuf ans, ancien militaire, d'une constitution robuste. Cet homme porte au scrotum gauche, depuis l'âge de neuf ans, un varicocèle qui s'est développé lentement, sans occasioner ni gêne, ni douleur; seulement, depuis quelques mois, le malade, souffrant beaucoup, s'est décidé à entrer à la Charité.

Le 22 mai 1835, à la visite, on trouva le scrotum gauche double du droit; la peau est tendue, lisse, d'un rouge clair.

Le 30, il fut opéré. Les épingles restèrent en place jusqu'au 7 juin; il ne survint rien qui mérite d'être noté, et le 15 juin il était bien guéri.

Mais alors le malade se plaint de ressentir quelques douleurs dans la région iliaque gauche. On reconnaît au-dessus de la fosse iliaque une tumeur assez bien circonscrite, sans changement de couleur à la peau, présentant quelque apparence de fluctuation. Le développement en a été assez rapide; elle n'est, du reste, que peu douloureuse. Le malade est toujours constipé.

La tumeur augmenta de volume jusqu'au 3 juillet; ce jour-là le malade eut une selle très-abondante, après laquelle la tumeur diminua.

Le 14 août, on fit une ponction exploratrice au moyen d'un trocar. Il s'écoula quelques onces de sang mêlé de stries jaunâtres.

Il y avait infiltration des extrémités inférieures, le ventre était ballonné, les traits altérés, le pouls petit, faible. Le malade mourut le 28 août.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. Les veines du varicocéle étaient parfaitement oblitérées, transformées en un cordon solide, comme ligamenteux, et ne donnaient plus passage au sang.

La tumeur, située à gauche de la colonne vertébrale, au-dessous du rein, derrière le péritoine qui la revêtait presque en entier, avait le volume de la tête d'un adulte; elle était formée par un kyste à parois minces, rempli de matière encéphaloïde, et d'un mélange de sang et de cette matière à l'état de ramollissement; elle adhérait au jéjunum, au colon transverse, au colon lombaire gauche et à l'S iliaque de cet intestin.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle nous fournit la preuve de l'oblitération des veines par la compression au moyen des épingles et de la suture. Évidemment cette opération fut étrangère

au développement de la tumeur qui préexistait sans doute, et qui fit périr le malade.

Ve OBSERVATION

Varices à la jambe gauche.

Le nommé Jean Berteresche, âgé de trente-six ans, garçon de restaurant, couché au n° 6 de la salle de la Vierge, porte à la jambe gauche depuis six ans d'énormes tumeurs variqueuses.

Entré le 17 août à la Charité, on l'opère le 20 au moyen des épingles, qui restent en place cinq jours.

Aucun accident ne survient, et le malade sort le 4 octobre, complètement guéri de ses varices.

VIe OBSERVATION.

Varices à la jambe gauche.

Les nommés Claude Métrot et Matthieu-Marie Lebrun, couchés l'un au n°. 5, l'autre au n° 7 de la même salle, furent opérés de varices à la jambe gauche au moyen des épingles, et sortirent guéris, l'un au bout de treize jours, l'autre au bout de dix.

VIIe OBSERVATION.

Varices de la jambe gauche. — Ulcères. — Herpès.

Au n° 23 de la salle Sainte-Catherine, se trouve la nommée Olive Angadrème, âgée de cinquante ans, domestique, ayant à la jambe gauche des varices volumineuses et multipliées, un ulcère placé sur le coude-pied, entouré de squames larges, laissant suinter une sérosité rougeâtre ou jaunâtre très-âcre et causant de vives démangeaisons (*herpes squamosus madidus* de M. le professeur *Alibert*).

Cette femme, opérée le 13 juin au moyen des épingles, sortit guérie le 8 juillet.

VIIIe OBSERVATION.

Au n° 15 de la salle de la Vierge est couché un homme de cinquante ans, porteur de varices et d'ulcères variqueux aux deux jambes.

Les veines sont comme collées au tibia, il est difficile de les en détacher ; elles paraissent remplies de grumeaux épais et durs. Cette circonstance de l'accolement des veines au tibia détermina M. *Velpeau* à opérer au moyen des *fils-sétons*. Le 10 avril, on plaça trois de ces fils à chaque jambe; ils furent retirés les 12, 13 et 14 avril ; et le 22, c'est-à-dire douze jours après l'opération, les ulcères, qui avaient résisté à tous les traitemens, étaient cicatrisés, les veines oblitérées, et le malade sortit le lendemain.

Le même succès fut obtenu par cette méthode chez un homme de la campagne, entré le 22 avril, et portant un triple ulcère entourant la malléole interne du côté gauche ; ces ulcères sont larges, fongueux. Le 23 on plaça quatre fils qui furent laissés en place trois jours. Aucun accident ne survint, et le 3 mai les ulcères étaient cicatrisés, et le malade sortit de l'hôpital le jour même.

Je pourrais rapporter quarante cas au moins de guérison par cette méthode. M. *Frike* en comptait une trentaine il y a dix mois. M. *Franc* de Montpellier possède un assez grand nombre de cas semblables. C'est un puissant motif d'encouragement pour les tentatives opérées, et les résultats obtenus, ceux qu'on est en droit d'attendre, font espérer que cette méthode prendra bientôt droit de cité dans la science et sera mise au nombre des opérations utiles de la chirurgie.

PROPOSITIONS.

I.

Presque toutes les tumeurs du devant du genou sont formées par un épanchement de liquide séro-sanguin dans la bourse muqueuse, et toutes les affections de cette partie, qu'on a décrites sous les noms de loupes, de méliceris, de stéatomes, d'hygroma, ne sont que des degrés, des variétés de cet épanchement, de sa quantité et des accidens qui surviennent.

II.

Les tumeurs lymphatiques du genou, les hydarthroses, guérissent souvent par l'application réitérée de larges vésicatoires.

III.

Dans les plaies, les abcès, lorsque la suppuration, au lieu d'être crèmeuse, devient plus liquide, trouble, puis séreuse et jaunâtre, c'est une preuve que la guérison approche. Le pus crèmeux, épais, bien lié, est le pus de l'inflammation : lorsqu'elle cesse, il devient liquide, il change de nature; c'est de la sérosité.

IV.

Chez les vieillards, une hernie peut s'étrangler, et le cours des matières n'être pas complètement interrompu.

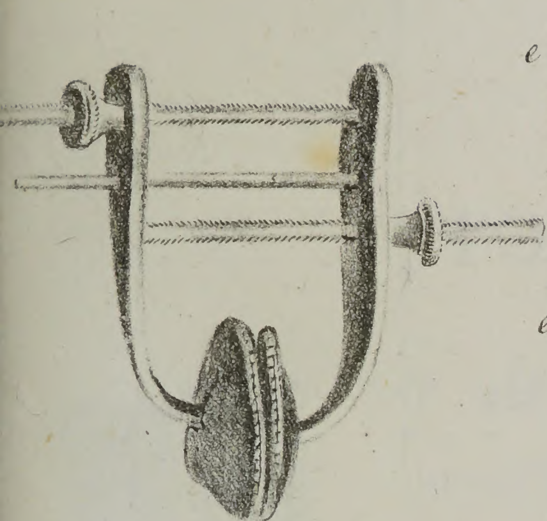
V.

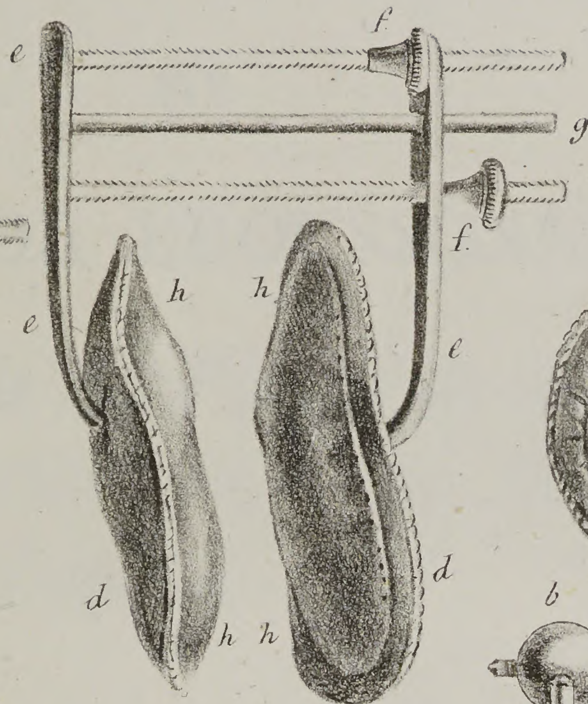
Dans les opérations que l'on pratique dans le voisinage de troncs veineux considérables, si l'un de ces troncs est ouvert et que l'air s'y précipite, on doit se hâter d'introduire dans la veine une sonde d'argent à laquelle on adapte une canule : on fait le vide; et l'on peut ainsi espérer d'enlever à plusieurs reprises l'air contenu dans l'oreillette, en ayant bien soin, en retirant la sonde, de s'opposer à une nouvelle introduction d'air dans la veine. Cette expérience a réussi sur des chiens.

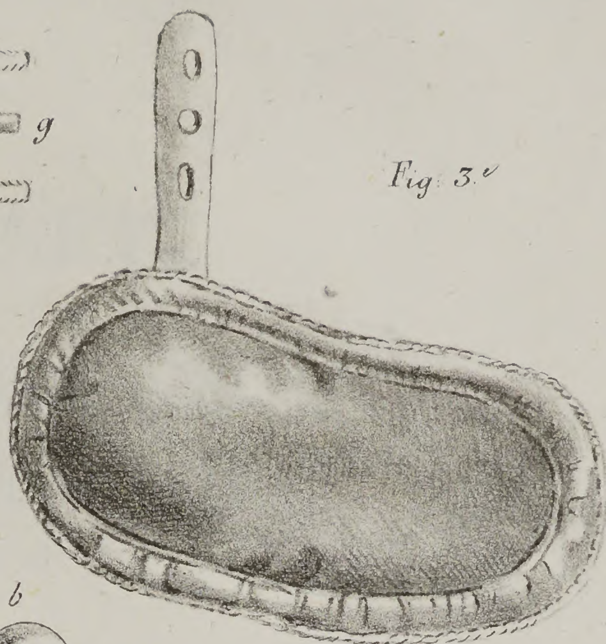
VI.

La maladie appelée hystérie n'est pas une maladie particulière aux femmes; les hommes peuvent en être atteints.

FIN.







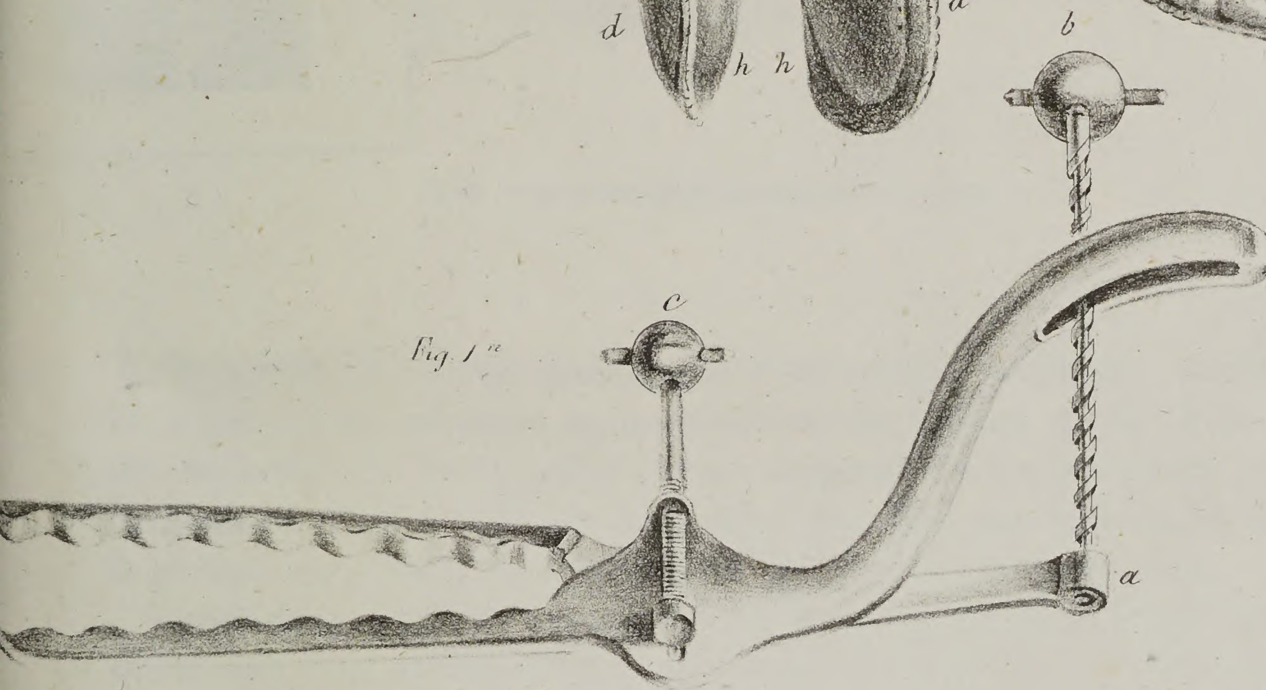


Fig. 1.re Pince de M.r Breschet.

a.a.a.a. Branches et mors.

b. Spirale.

c. Vis de parallelisme.

Fig. 2.e Pince de M.r Sanson po[ur]

le varicocèle.

d.d. Plaques recouvertes de cuir.

e.e. Tiges de support en acier.

f.f. Vis de rappel.

g. Tige transversale.

h.h. Coussinets.

Fig. 3.e Une branche désarticul[ée]

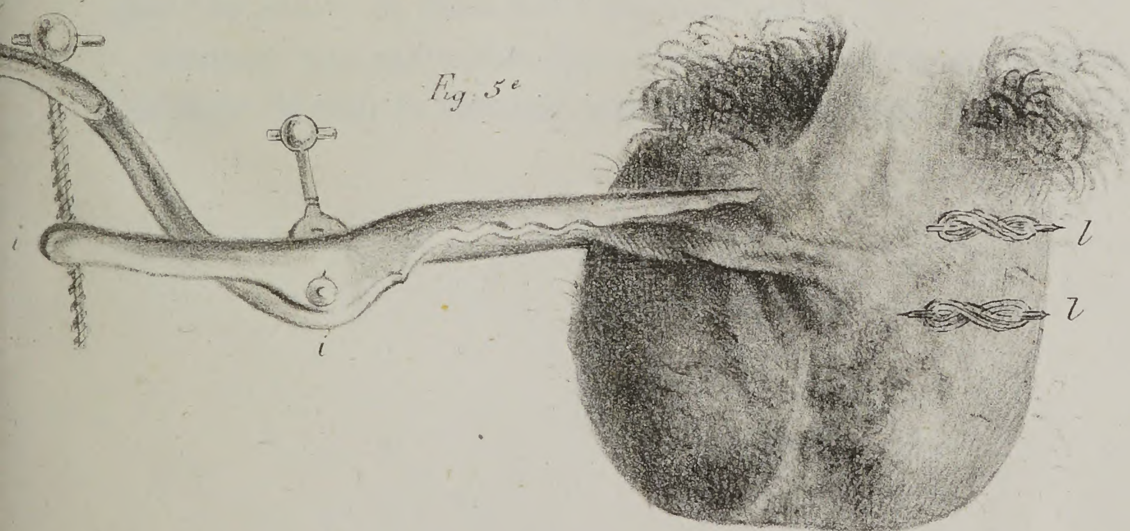
de la pince de M.r Sanson.

Fig. 4.e Pince de M.r Samson p[our]

les varices.

Fig. 5.e Pince de M.r Breschet en p[lace]

l.l. Aiguilles de M.r Velpeau en pl[ace]



Lith. de Gardon, rue Guénégaud, 15. Paris.